



Allegato 1-Modulo di domanda

PLUS Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino

All'Ente gestore dell'ambito PLUS di SASSARI

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016 – DOPO DI NOI

Il sottoscritto, nella sua qualità di ____ diretto interessato / ____ rappresentante legale

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ C.F. n. _____

residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ email _____ @ _____

pec _____ @ _____

Chiede, ai sensi della L. 112/2016 (“Dopo di Noi”) e della DGR 52/12 del 22/11/2017, l’attivazione di un progetto personalizzato per favorire preferibilmente uno dei seguenti interventi:

- ☐ Percorsi programmati di accompagnamento per l’uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare, o per la de istituzionalizzazione (tipologia a);
- ☐ Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (tipologia b);
- ☐ Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (tipologia d).

Il sottoscritto, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, che:

1. Il beneficiario del progetto è (da compilare solo se il richiedente è persona diversa dal beneficiario):

• Nome _____ Cognome _____

• Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

• C.F. n. _____

• Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

• Telefono _____ email _____ @ _____

Ai sensi dell’art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall’interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.



ASLSassari

Allegato 1-Modulo di domanda

2. il beneficiario del progetto è persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92, non determinata dal naturale processo di invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, accertata ai sensi di legge, con la seguente diagnosi: _____

3. il beneficiario del progetto è privo di sostegno familiare in quanto:

- _____ mancante di entrambi i genitori
- _____ i genitori non sono in grado di fornire un adeguato sostegno genitoriale
- _____ in vista del venir meno del sostegno familiare

4. il beneficiario del progetto rientra tra le seguenti condizioni prioritarie:

- _____ persone mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- _____ persone i cui genitori per ragioni connesse alla loro età o alla loro condizione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire nel prossimo futuro il sostegno necessario ad una vita dignitosa;
- _____ persone inserite in strutture residenziali con caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare. Specificare il nome e la tipologia della struttura _____;

5. il nucleo familiare del beneficiario del progetto risulta così composto (*non riportare il nome del beneficiario*):

Cognome	Nome	Anno di nascita	Rapporto di parentela	Riportare se la persona si trova in condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.



Allegato 1-Modulo di domanda

--	--	--	--	--

6. che il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi già attivati in suo favore:

Tipologia di servizio	Soggetto erogatore	n. ore settimanali fruite	Operatore coinvolto	Budget annuale

7. che l' ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta a euro _____

8. ☐ il beneficiario è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto preso in carico dal seguente servizio/struttura (descrivere nome e ubicazione della struttura) _____

9. ☐ il beneficiario non è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto non in carico ad alcun servizio/struttura.

10. ☐ che il beneficiario per la realizzazione del progetto personalizzato mette a disposizione il seguente patrimonio:

descrizione breve _____

in caso si tratti di immobile indicare anche:

situato in _____ Via _____ n° _____

di cui dispone a titolo di: _____

DICHIARA, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del Reg.UE 679/2016 e di averne recepito i contenuti, pertanto esprime il consenso manifestamente ed inequivocabilmente al trattamento dei dati personali forniti, inclusi quelli considerati come "categorie particolari di dati" con le modalità indicate nell'informativa.

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.



ASLSassari

Allegato 1-Modulo di domanda

Luogo e data della sottoscrizione

Firma del dichiarante

Allega:

- [] profilo di funzionamento (allegato A)
- [] scheda di valutazione delle autonomie (allegato B)
- [] ISEE socio sanitario 2025 del beneficiario
- [] ISEE ordinario 2025 del nucleo familiare anagrafico del beneficiario
- [] consenso informato_Asl (allegato 3)
- [] informativa e consenso sul trattamento dei dati personali_Asl (allegato 4)
- [] copia verbale riconoscimento disabilità grave di cui all'art.3 comma 3 L104/92 (senza omissis)
- [] copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario se persona diversa dal richiedente
- [] altro _____

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.